

ÉVOLUTION

DE LA

PREMIÈRE ET DE LA SECONDE DENTITION

LEURS ACCIDENTS RESPECTIFS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 30 mars 1901

PAR

M. FARHI

Né à Choumla (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
FORGUE, Assesseur.

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	VALLOIS, agrégé.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe..............................	IMBERT, agrégé.
Pathologie générale..............................	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs :
BROUSSE.	PUECH.	RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	IMBERT.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	BERTIN-SANS.
de ROUVILLE.		

M. H. GOT, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *professeur, président.*
GRANEL, *professeur.*
RAYMOND, *agrégé.*
de ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profond amour.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Témoignage d'ardente affection.

M. FARHI.

A MONSIEUR CHARLES FLAHAULT

Professeur à l'Institut de Botanique

Faible témoignage de mon éternelle reconnaissance.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

M. FARHI.

AVANT-PROPOS

Nous voici arrivé au terme de nos études, et nous ne pouvons nous empêcher d'une émotion intense à l'idée que nous allons définitivement quitter l'illustre Faculté où nous avons puisé, non seulement la science médicale, mais aussi l'amour d'un métier qui n'est fait que de patience et de dévouement.

Nous avons rencontré, pendant le cours de nos études, des difficultés nombreuses qui paralysaient notre énergie et annihilaient notre initiative ; il s'est heureusement trouvé sur notre route des hommes éminents et bons, qui ont su secouer notre langueur et redresser notre courage. A ceux-là, nous leur adressons du fond de notre cœur reconnaissant des remerciements émus et chaleureux, et leur assurons que rien, dans notre future carrière, ne nous fera oublier ni leurs conseils ni leurs paroles bienveillantes et salutaires.

Nous remercions aussi notre cher maître, M. le professeur Baumel, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons enfin nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

INTRODUCTION

Les différentes phases physiologiques par lesquelles tout organisme doit passer, durant la période de son développement, mettent cet organisme en état de faible résistance contre l'envahissement d'un grand nombre de maladies.

Parmi ces phases physiologiques, l'évolution dentaire mérite une place à part. C'est elle, en effet, qu'on rend responsable d'un grand nombre d'affections, atteignant l'homme à sa première enfance. Mais, malheureusement, le chapitre de la dentition n'est pas encore écrit d'une façon complète dans les livres de pédiatrie moderne, et nombre de médecins ignorent la cause simple de la maladie de l'enfant qu'ils soignent, ils errent ainsi dans une thérapeutique hasardeuse et quelquefois dangereuse pour le petit enfant. M. le professeur Baumel a voulu combler cette lacune de la médecine infantile. Il a eu, le premier, l'honneur de montrer la corrélation qui existe entre un grand nombre des maladies de l'enfant et l'évolution dentaire. C'est sous son inspiration et ses conseils que nous avons entrepris le travail qui fait l'objet de notre thèse inaugurale.

Dans ce travail, nous nous proposons de faire une étude générale de l'évolution de la première et de la seconde dentition et

des troubles qu'elles provoquent chez l'enfant, et de donner, à l'appui des théories que nous avancerons, des observations puisées, soit à la clinique médicale des maladies de l'enfant, soit dans les revues scientifiques, que nous avons consultées pour l'édification de notre travail.

ÉVOLUTION

DE

LA PREMIÈRE ET DE LA SECONDE DENTITION

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DE L'ÉVOLUTION DENTAIRE

Chez l'homme, envisagé au point de vue physiologique, l'éruption dentaire se fait d'après un certain nombre de lois, dont l'une est invariable, c'est la loi des *deux dentitions :* la première, *dentition caduque* ou temporaire ; la seconde, *dentition définitive* ou permanente.

C'est vers l'âge de six mois, en général, que commence l'éruption des premières dents, et le système dentaire, d'abord restreint, s'accroît peu à peu, à mesure que l'âge avance, et finit par se compléter et être proportionné aux fonctions dévolues par la nature à l'individu. Il résulte que la succession des deux dentitions s'accomplira d'une façon relativement prématurée chez l'individu qui, comme le chien, parvient vite à l'état adulte, et sera par contre considérablement retardée

chez l'homme qui n'arrive à l'état adulte que longtemps après la naissance.

Les autres lois portent sur la chronologie de l'éruption dentaire. Ici, les auteurs ne sont pas d'accord, et ce désaccord ne vient que parce que les recherches et les observations ont porté sur un nombre d'enfants soumis à une alimentation différente et pour la plupart chargés d'une diathèse syphilitique ou rachitique.

Mais sur des enfants sains, soumis à une même hygiène et élevés au sein, l'éruption dentaire s'accomplit suivant les mêmes lois générales.

DE LA PREMIÈRE DENTITION

La première dentition comprend l'évolution de 20 dents, vulgairement appelées *dents de lait*. Cette évolution se compose d'une série d'éruptions successives, qui se font dans un ordre et à des temps déterminés.

Des recherches de Trousseau, il résulte que les dents sortent par groupes, composés d'un nombre de dents qui n'est pas le même pour tous ; et suivant les observations de Duclos, on doit distinguer six groupes de dents, dont voici l'énumération mise en regard des époques de leur apparition :

1er groupe:	2	incisives médianes	inférieures	à l'âge de	6 à 9 mois.
2e —	4	—	supérieures	—	10 à 12 —
3e —	2	—	latérales inférieures	—	15 à 16 —
4e —	4	premières molaires		—	17 à 20 —
5e —	4	canines		—	24 à 26 —
6e —	4	dernières molaires		—	vers 30 mois.

On comprend que ces règles n'ont rien d'absolu, elles ont de nombreuses exceptions que l'expérience journalière apprend suffisamment à connaître.

Entre chaque éruption, existe un intervalle, un temps d'arrêt pendant lequel le travail de la dentition cesse complètement, et auquel on doit attacher une grande importance. Voici approximativement, d'après Trousseau, la durée de chacun de ces temps d'arrêt :

Le 1er	temps d'arrêt	dure de	2 à 3 mois.
2e	—	—	2 mois.
3e	—	—	1 —
4e	—	—	4 à 5 mois.
5e	—	—	3 à 5 —

Il est si vrai que ces lois n'ont rien d'absolu que l'on constate des anomalies fréquentes dans l'ordre d'apparition, dans l'époque et la durée de l'éruption de chaque groupe et dans le temps d'arrêt ; mais, toutes fréquentes qu'elles sont, ces anomalies n'infirment en rien les deux lois générales, à savoir : 1° que l'éruption des dents se fait par groupes ; 2° que l'éruption de chaque groupe est suivie d'un temps d'arrêt dont la durée varie avec chacun de ces groupes.

ÉRUPTION PRÉCOCE

De tout temps, on a observé des faits d'éruption précoce. Pline (*Histoire naturelle*, livre VII, chap. XV) cite l'exemple de Curius dentatus de la République romaine. Mazarin, Louis XIV, Mirabeau et quelques autres hommes illustres seraient venus au monde avec des dents, et leurs historiographes n'ont pas manqué de tirer de ces faits des inductions flatteuses.

La science possède aujourd'hui un certain nombre de faits parfaitement authentiques d'éruption précoce. Sappey, Tarnier, Magitot et mon maître le professeur Baumel ont rapporté des exemples d'enfants venus au monde avec des dents, ou qui ont eu leur première dentition à une époque très rapprochée de la naissance, et le doute n'est plus permis à ce sujet, bien que Blot prétende que sur 2.000 naissances il n'ait jamais observé de dentition précoce.

Mais là où les auteurs sont en désaccord sur la précocité de l'éruption dentaire, c'est quand il s'agit d'en déterminer la fréquence.

D'aucuns, comme Besnier, Tarnier et Guéniot, prétendent que ces faits sont familiers aux sages-femmes, et l'abbé Pétiot (*Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1875), dans un mémoire adressé à la Société d'anthropologie de Paris, affirme que chez les peuplades indiennes de l'Amérique, les enfants naissent souvent avec des dents ; et Broca, à l'occasion de ce mémoire, assura que des semblables faits s'observent assez fréquemment en France et dans la plupart des pays européens.

D'autres, comme Magitot et Comby, prétendent que le nombre d'enfants à éruption dentaire prématurée est assez restreint ; ils se basent, pour soutenir leurs affirmations, sur la facilité avec laquelle les parents croient voir des dents sur le bourrelet gingival de leur enfant, là où il n'y a en réalité que des saillies dures de muqueuse.

L'éruption anticipée ne porte le plus souvent que sur une ou deux pièces du système dentaire, sur les incisives en général ; les autres dents font leur apparition à l'époque physiologique.

On a formé nombre de conjectures sur la valeur pronostique de l'éruption prématurée. On a prétendu que c'était un signe de force et l'indice d'une constitution robuste ; on a dit également l'inverse : que cette évolution hâtive correspondait à une dystrophie d'évolution du squelette ; on en a même fait le signe précurseur de la tuberculose pulmonaire.

Toutes ces suppositions ne reposent sur aucune base ; la réalité est que cette particularité se rattache à l'ensemble évo-

lutif du sujet et qu'elle fait le plus souvent partie d'une disposition familiale et même héréditaire.

ÉRUPTION TARDIVE

Il existe un certain nombre de maladies, de diathèses, comme la syphilis, le rachitisme, l'hydrocéphalie et la scrofule, qui ont une influence incontestable sur le retard de l'éruption dentaire. Le crétinisme, l'idiotie produisent le même résultat. Ce retard se manifeste aussi chez les enfants élevés au biberon, et surtout chez ceux dont l'allaitement n'est pas pratiqué avec l'hygiène rigoureuse nécessaire, chez les pauvres nourrissons confiés à des soins mercenaires à la campagne, loin de toute surveillance active et affectueuse, dans les milieux de misère et d'ignorance.

Ces enfants à éruption dentaire tardive ont le ventre saillant et dur, les membres maigres; ils marcheront tard et sont déjà des candidats au rachitisme.

Ce retard de la dentition coïncide avec le retard de la consolidation des os , et l'anomalie dentaire n'est pas, comme on pourrait le croire, fonction du rachitisme, elle en est une manifestation parallèle, et souvent un signe avant-coureur, dépendant, comme lui, d'une élaboration défectueuse des produits d'une alimentation déréglée.

Observation I

(Personnelle)

Eruption tardive chez un enfant atteint d'hydrocéphalie et chargé d'hérédité syphilitique

Louis C..., âgé de 15 mois, est entré à l'hôpital en janvier 1900, dans le service clinique des maladies des enfants de M. le professeur Baumel.

Antécédents héréditaires. — La mère, chargée d'allaiter son enfant, a été soignée pour une syphilis dont les accidents se sont montrés peu de temps après la naissance de son enfant.

L'enfant est atteint d'une hydrocéphalie qui n'a, jusqu'à présent, cédé à aucun traitement.

Au mois de décembre 1900, à l'âge de 11 mois, le jeune Louis commence à faire ses premières dents et, à cette occasion, des convulsions intenses et intermittentes se déclarent; ces convulsions disparaissent après l'éruption des deux incisives inférieures.

Depuis le mois de décembre, l'évolution dentaire a lentement marché, et le 13 mars 1901, jour où nous avons examiné à nouveau le malade, on ne trouve encore que 4 dents, 2 incisives supérieures et 2 inférieures, quand, normalement, on devrait en trouver 9.

Cette observation nous paraît intéressante à un double point de vue; elle démontre : 1° l'influence de l'hydrocéphalie et de l'hérédité syphilitique sur le retard de l'éruption des dents, et 2° explique que l'apparition des phénomènes convulsifs chez l'enfant est principalement due à l'évolution dentaire.

DENTITION PERMANENTE OU DÉFINITIVE

Les premières dents permanentes paraissent vers la sixième année, ce sont les premières grosses molaires ; c'est à elles que l'on a donné le nom de dents de 6 ans. Ensuite apparaît toute la série de dents de remplacement; les incisives médianes percent vers 6 ou 7 ans; les latérales à 8, les pré-

molaires peu après avant les canines ; celles-ci ne sortent guère avant 11 ou 12 ans.

C'est vers cette époque, également, que font éruption les deuxièmes grosses molaires ou dents de 12 ans.

Enfin, la dentition se complète par les dents de sagesse ; mais celles-ci, se montrant entre 20 et 30 ans, ne rentrent point dans le cadre de cette étude, et nous n'aurons pas ultérieurement à nous en occuper.

ACCIDENTS DUS A L'ÉVOLUTION DE LA PREMIÈRE ET SECONDE DENTITION

ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION

Historique. — Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, les médecins ont attiré l'attention sur les accidents que réveille l'évolution dentaire. Hippocrate même, attribuant à ce complexus physiologique une action nocive, avait fait de cette période de la vie un périlleux passage. Depuis, plusieurs autres médecins ont attribué à cette cause les accidents les plus variés, et quelques-uns sont allés, grâce à des statistiques précises, jusqu'à évaluer à 1/6 la mortalité des jeunes enfants qui succombaient de par le fait même de leur évolution dentaire.

Aujourd'hui, ce chapitre de pathologie infantile n'est pas encore complètement et définitivement écrit, et les discussions sont longues et passionnées, entre les observateurs, sur cette question si importante de médecine infantile.

C'est Politzer qui, en 1874, fut le premier à se révolter contre les idées anciennes et généralement admises ; il nia énergiquement l'influence de la dentition sur les maladies de l'enfant, et posa, en principe, «qu'il y aura danger pour les enfants tant que l'idée de dentition périlleuse n'aura pas disparu de la pathologie».

Ces idées furent soutenues ensuite par Fleichmann en 1877,

par Johan Stein, de Prague, en 1880. Mais elles n'eurent qu'un retentissement restreint.

En France, les opinions anciennes prévalurent jusqu'en 1892, époque à laquelle Magitot, dans une discussion à l'Académie de médecine sur les accidents dus à l'évolution dentaire, émit le vœu «que la classe des maladies de dentition fût définitivement rayée du cadre de la nosographie». Ces idées furent ensuite défendues chaleureusement par Comby, en 1893.

Des voix autorisées, comme celles de Peter, de Baumel, de Pamard, de Charpentier et de De Méricourt, se sont soulevées contre ces tendances un peu révolutionnaires, et avec une autorité admirable, que seules l'observation clinique de tous les instants et une vaste expérience des maladies de l'enfance donnent, ils ont posé, en principe, que les accidents de dentition existent pour un certain nombre de maladies dont la physiologie, d'une part, et les phénomènes viscéraux concomitants, d'une autre, expliquent d'une façon suffisante.

ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION

On appelle communément accidents de dentition l'ensemble des symptômes morbides que provoque l'éruption des dents de lait.

Ces accidents peuvent être divisés en deux catégories : 1° en accidents locaux ; 2° en accidents généraux.

Accidents locaux. — Parmi les accidents locaux, nous signalerons ceux qui se passent du côté de la bouche, l'*agacement gingival*, qui se traduit par la constance avec laquelle l'enfant porte à la bouche ses doigts, ou les objets durs et frais qui

sont à sa portée ; le *mâchonnement*, les *mouvements fréquents de la langue et des lèvres*.

Ces accidents buccaux peuvent s'accentuer et des lésions inflammatoires, comme la *gingivite*, se produiront, lésions qui peuvent se propager à toute ou partie de la muqueuse buccale.

Le *muguet*, accident secondaire très fréquent, lié à l'inflammation de la muqueuse de la bouche et de la langue, et reconnaissant surtout comme cause l'acidité de la bouche. Toutes conditions admirables pour faciliter la prolifération des germes pathogènes, et en particulier du champignon du muguet, l'*Oïdium albicans*.

Ces accidents s'accentuent par suite de l'inflammation buccale, et surtout de la malpropreté dans laquelle on entretient l'enfant ; il se produit alors des aphtes douloureux, avec les vésico-pustules et les ulcérations qui leur sont propres. «Il »n'est pas jusqu'à certaines diathèses syphilitiques, par exem»ple, qui ne puissent être ainsi réveillées localement, et pro»duire des manifestations spécifiques dans la cavité buccale elle-même». (Baumel, *Nouveau Montpellier médical*, 1896).

Tous ces accidents, légers ou graves, produisent du *ptyalisme*, une *fétidité repoussante de l'haleine*, une *sensibilité douloureuse* suffisante pour empêcher le nourrisson de prendre le sein.

On peut même observer, quand il s'agit de l'éruption des molaires, un léger état d'*engorgement des ganglions sous-maxillaires*. Les molaires, en effet, au moment de leur éruption, produisent souvent une vive irritation, ayant comme siège le capuchon de la muqueuse qui les recouvre. Celui-ci, incomplètement perforé, est pour ainsi dire soulevé par la dent ; il prend alors l'aspect d'un clapet violacé, mamelonné

et ramolli, sur lequel on constate un exsudat blanchâtre qui peut s'étendre aux parties voisines.

Tout se borne généralement à des accidents locaux de cette nature. Mais des faits plus graves peuvent se manifester. Les microorganismes pathogènes de la bouche peuvent, grâce au terrain favorable dans lequel ils prolifèrent, acquérir à un moment donné une virulence particulière et produire des accidents graves. On peut voir survenir en effet des stomatites *ulcéreuses* et *ulcéro-membraneuses*, avec lésions disséminées, *gangrène superficielle de la muqueuse*, fétidité de la bouche, ptyalisme très considérable et enfin adénopathie cervicale douloureuse. On comprend que ces lésions puissent éveiller une fièvre grave avec adynamie souvent mortelle.

Ce sont là, heureusement, des complications rares, mais qu'un médecin consciencieux ne doit pas ignorer, complications qui, tout en reconnaissant comme principale origine l'évolution dentaire et en particulier l'éruption des molaires, empruntent leur caractère de gravité à la mauvaise alimentation du nourrisson, et surtout au manque de propreté dans lequel on entretient la bouche de l'enfant.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX

On peut grouper les accidents généraux en cinq ordres différents : 1° hyperthermie ; 2° convulsions ou manifestations nerveuses ; 3° manifestations cutanées ; 4° accidents respiratoires ; 5° phénomènes gastro-intestinaux.

HYPERTHERMIE

La fièvre est commune au cours de la première dentition, elle est souvent intense, et Blachez l'aurait vue atteindre 41°9. Elle résulte d'une excitation des branches nerveuses dentaires, qui, par l'intermédiaire du trijumeau, est transmise au centre thermique. Dans ce cas, la fièvre peut être éphémère ou intermittente, sans périodicité ; la courbe de température revêt le type paratonnerre.

La fièvre peut ensuite être la cause d'une infection. On sait, en effet, qu'au moment de l'evolution dentaire, la bouche se trouve dans un état de sensibilité douloureuse suffisante pour en diminuer et son activité et ses fonctions ; elle constitue ainsi un bouillon de culture éminemment propice à la prolifération de bacilles nombreux et d'espèces variées qui se trouvent dans son enceinte. Ces microbes, ayant acquis une virulence particulière, déterminent l'inflammation de la muqueuse buccale et engendrent la fièvre.

La courbe de la température a ici des oscillations peu marquées et revêt tous les caractères des fièvres infectieuses plus ou moins graves.

Observation II

(Bottone. — Thèse Montp. 1899)

Fièvre dentaire, type paratonnerre

Gaston S..., 15 mois, pas d'antécédents héréditaires et personnels connus. Malade depuis quatre jours environ. Au moment de son entrée à la clinique des maladies des enfants de M. le professeur Baumel, on note une température de 39°. La langue est sèche, la face grippée, la respiration est gênée par une toux quinteuse et à peu près continue. Le pouls est à 140. L'examen thoracique révèle à la percussion une submatité très marquée en arrière, aux bases des deux côtés. L'auscultation en ce point donne de nombreux râles humides très nets et de la sibilance en avant et en arrière. Léger souffle aux deux temps de la respiration. On diagnostique une broncho-pneumonie.

Soumis au traitement, l'enfant guérit en quelques jours et la toux disparaît presque complètement.

Dix jours après, le malade accuse de nouveau de la température, le thermomètre marque d'emblée 40°5, l'enfant délire.

Cependant, rien dans les investigations ordinaires ne peut expliquer cette fièvre.

A l'inspection de la bouche on trouve de la tuméfaction des gencives, la première incisive inférieure gauche apparaît.

Le lendemain, tout revient à l'état normal et le thermomètre n'accuse plus de température.

Que conclure de cette observation, sinon que la broncho-pneumonie n'est pour rien dans cette nouvelle poussée de la fièvre et que l'évolution dentaire seule doit être incriminée.

Observation III

(Personnelle)

Fièvre éphémère de dentition, revêtant le type continu par suite d'une infection d'origine buccale

Charles G..., âgé de 2 ans. Rien à relever dans ses antécédents héréditaires et personnels. Lorsque nous avons vu le malade pour la première fois, le 24 juin 1900, nous l'avons trouvé agité, avec des joues rouges, une langue sale, et une fièvre montant à 39°.

Nous ordonnons un antithermique ; et lorsque, le lendemain, nous revenons auprès de notre malade, nous constatons une amélioration marquée et une température très voisine de la normale. Nous pensons que l'enfant a eu une de ces fièvres éphémères dont l'origine et la pathogénie s'expliquent difficilement.

Le 27 du même mois, nous sommes appelé de nouveau auprès de notre fébricitant ; l'enfant est fortement abattu, sa langue est très sale, sa bouche douloureuse exhale une odeur repoussante, les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. Le thermomètre est monté à 39°2 et il s'y est maintenu pendant quatre jours avec des rémissions matutinales légères. Nous ordonnâmes, en dehors des antithermiques en usage, de grands lavages de la bouche avec de l'eau boriquée et phénosalylée, et un examen attentif nous permit de découvrir, sur le rebord gingival inférieur du côté droit, une canine qui faisait son éruption. Ce traitement eut vite raison de cette fièvre inquiétante, et l'enfant fut promptement guéri.

Cette observation nous paraît intéressante par le caractère même de la fièvre. Elle était, en effet, éphémère au moment

où la canine accomplissait son évolution intra-maxillaire, et devint continue par suite d'une infection survenue à la suite d'une stomatite d'origine dentaire.

CONVULSIONS

Les plus graves accidents reconnaissant comme principale étiologie l'évolution dentaire sont les convulsions, accidents nerveux importants entre tous, qui se produisent par suite d'une excitation nerveuse des branches dentaires qui par l'intermédiaire du trijumeau va impressionner plusieurs centres et en particulier le centre convulsif de Nothnagel.

Les accidents cérébraux de la première dentition se rattachent à deux types principaux : les uns sont essentiellement convulsifs, les autres de forme indéterminée.

Pour les convulsions, elles se produisent, de préférence, chez les enfants irritables, d'une susceptibilité nerveuse très prononcée, chez ceux enfin qui sont chargés d'une tare héréditaire alcoolique, syphilitique ou nerveuse.

Ces convulsions peuvent se présenter sous forme intermittente ou continue ; être générales ou partielles, si limitées même, quelquefois, qu'elles se traduisent par un simple strabisme.

La différence de gravité des convulsions se rattache à trois conditions bien distinctes :

1° La forme de l'éclampsie.

2° Les points qu'elles affectent.

3° Le moment où elles se produisent.

La forme la plus grave est la forme continue, qui détermine vers l'encéphale une congestion vive, qui s'exagère successivement par la continuité ou la longue durée d'un accès.

Pour le second point, la plus grave est celle qui affecte le diaphragme et les muscles de la glotte. Pour le troisième point, les convulsions initiales sont moins graves que celles qui se manifestent au cours du travail de la dentition ou au moment de sa plus grande intensité.

En résumé, le praticien doit porter un pronostic grave : 1° dans les convulsions à forme continue ; 2° dans celles qui occupent le diaphragme et les muscles de la glotte ; 3° dans celles qui apparaissent dans le cours ou vers la fin de l'évolution dentaire.

Le pronostic perd de sa gravité dans les convulsions initiales, dans celles qui sont exclusivement bornées aux membres, dans celles qui revêtent la forme intermittente. Ce sont là des considérations sur lesquelles nous devons d'autant plus insister que les auteurs en général gardent, à cet égard, le plus complet silence.

Quant aux accidents cérébraux, de forme indéterminée et non convulsifs, ils varient à l'infini : chez les uns c'est la stupeur, chez d'autres une exaltation extrême de la sensibilité, chez d'autres, enfin, les accidents portent sur un seul point ; sur un membre, sur un œil, sur un muscle.

Ils sont tous d'autant plus importants que l'on sait combien de difficultés existent pour établir le diagnostic de certaines affections du système nerveux, et en particulier de la *méningite*, cette maladie si grave dont la guérison signalée par quelques auteurs paraît néanmoins problématique.

MANIFESTATIONS CUTANÉES

Elles sont de différentes natures. Tantôt, on peut remarquer sur la joue de l'enfant qui fait ses dents des alternatives

de rougeur et de pâleur, tantôt un érythème caractéristique, circonscrit, une espèce d'eczéma sec, qui disparaît subitement sans traitement dès que la dent qui évoluait montre sa couronne sur le rebord de la gencive.

On signale aussi la fréquence des *sueurs profuses* se produisant principalement la nuit et pendant le jour aux heures de sommeil. Ces sueurs sont dues à une hypersécrétion des glandes d'origine réflexe ; les enfants, en effet, absolument normaux avant de se coucher, sont ruisselants de sueur à leur réveil ; elles se produisent tout aussi bien lorsque l'enfant est trop couvert que lorsqu'il est allégé de ses couvertures, hiver comme été, et elles ne disparaissent que lorsque l'évolution de la dent qui perçait se termine complètement.

Ces sueurs profuses produisent des *sudaminas* extrêmement nombreux sur bien des points de la surface du corps.

Pour terminer avec les manifestations cutanées, nous devons dire quelques mots de l'*eczéma impétigineux*. Il envahit exclusivement la face et la partie antérieure du cuir chevelu. Il est caractéristique par la sécrétion très abondante des plaies ; la sérosité eczémateuse ruisselle en effet sur la figure du petit malade, durcit et s'encroûte. Et l'enfant, en grattant et en arrachant les croûtes qui le gênent, produit de nouvelles plaies, et la maladie s'étend ainsi sans céder à aucun traitement, ne laissant un peu de repos à l'enfant que lorsque l'évolution d'une dent cesse, pour étendre encore ses ravages quand une nouvelle se met à percer.

Observation IV
(Personnelle)

Devic J..., entré en novembre 1900 à l'hôpital, dans le service clinique des maladies des enfants de M. le professeur Baumel.

Au premier examen, on le déclare atteint d'athrepsie tardive, et on le soigne pour cette maladie.

Au commencement de décembre, apparaissent sur la joue, particulièrement sur la pommette gauche et sur la partie antérieure du cuir chevelu, des plaies eczémateuses très abondantes et, par endroits, confluentes. Ces plaies suppurent abondamment et, par endroits, le pus ruisselle.

A l'examen de la bouche, on voit les gencives tuméfiées et on découvre deux canines qui perçaient sur la mâchoire supérieure.

Tant que dura l'évolution de ces deux dents, l'eczéma persista avec tous ses caractères ; il ne disparut d'une façon définitive que lorsque les couronnes des canines firent complètement leur émergence.

ACCIDENTS RESPIRATOIRES

Les accidents respiratoires reconnaissant comme agent responsable l'évolution dentaire sont assez rares.

On ne connaît guère que le spasme de la glotte et les contractions spasmodiques du diaphragme qui peuvent amener la mort subite de l'enfant. En dehors de ces cas, on peut observer une autre affection que les mères appellent du nom pittoresque de *rhume des dents*. Les phlegmasies buccales peuvent

se propager au larynx et aux bronches et y déterminer la *laryngite studuleuse*, avec ses caractères alarmants de suffocation, de dypsnée et de cyanose, et une *bronchite* avec toux quinteuse et coqueluchoïde, avec des sécrétions d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus abondantes. Ces affections peuvent disparaître du jour au lendemain ou bien se généraliser et revêtir un caractère de chronicité.

Il faut cependant reconnaître que l'évolution dentaire ne peut toujours être rendue responsable des différentes maladies que nous venons de passer en revue, et qu'il faut quelquefois incriminer les causes d'infection banale, des maladies similaires qui atteignent l'adulte.

ACCIDENTS GASTRO-INTESTINAUX

Les troubles digestifs survenant au cours de l'évolution dentaire sont caractérisés par une gastrite douloureuse avec vomissements, par une entérite quelquefois grave et par la diarrhée.

Ces troubles digestifs reconnaissent aussi pour cause la mauvaise alimentation du nourrisson et l'élaboration irrégulière et incomplète des substances qu'il ingère.

Au premier rang de ces causes figure la suralimentation, puis viennent toutes les perversions alimentaires, allaitement artificiel mal pratiqué, le sevrage précoce, l'addition prématurée d'aliments impropres, le défaut de propreté des accessoires, et toutes ces mille causes qui retentissent plus ou moins sur le tube digestif en y accumulant les substances nuisibles et les produits d'une digestion imparfaite.

ACCIDENTS DE LA SECONDE DENTITION

Nous avons vu la façon dont les dents de remplacement font leur éruption et l'ordre chronologique qu'elles suivent pour se montrer sur le rebord gingival. Abordons maintenant l'étude des accidents qu'elles occasionnent.

Contrairement à cé que l'on observe pendant la sortie des dents de lait, qui s'accompagne, comme l'on sait, d'accidents si graves et si variés, l'éruption des dents de remplacement, des dents permanentes, passe généralement inaperçue.

En effet, l'attention n'est plus constamment attirée vers le système dentaire comme pendant la première dentition, le médecin n'a plus à incriminer soit la dent qui vient de sortir, soit celle qui va paraître, de sorte que l'on se trouve beaucoup moins exposé à attribuer à l'évolution dentaire une foule de manifestations morbides dues à une autre cause.

En second lieu, il est évident qu'à 6 ans l'organisme de l'enfant a un équilibre mieux établi, plus stable, et la prédisposition aux accidents généraux lors de l'éruption des dents de remplacement est à peu près nulle chez les enfants bien constitués.

Les accidents de seconde dentition peuvent généralement se diviser en deux catégories bien distinctes : *les accidents locaux et les accidents généraux.*

ACCIDENTS LOCAUX

Le plus souvent, les troubles locaux du côté de la bouche sont de minime intensité : une rougeur légère de la gencive et une douleur peu intense sont les seuls accidents qu'on enregistre.

Cependant, ces manifestations buccales peuvent quelquefois prendre une réelle importance et revêtir même un certain caractère de gravité lorsque plusieurs groupes de dents font leur éruption simultanément. Il se produit alors une véritable gène dans les fonctions de la bouche, et de cette inaction résulte un amas de mucosités et de tartre dont la présence constitue un élément d'aggravation de l'inflammation gingivale, inflammation qui peut en se propageant produire des stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses.

A part ces accidents, rares d'ailleurs, les dents de remplacement font généralement leur éruption sans présenter un grand intérêt pour le praticien.

Mais il n'en est pas de même pour les grosses molaires ; leur éruption peut être la cause d'accidents sérieux, et quant à la dent de 6 ans, la première grosse molaire, sa structure et sa configuration, la prédisposent à des lésions sur lesquelles nous devons particulièrement insister.

DE LA DENT DE 6 ANS ET DE SON RÔLE PHYSIOLOGIQUE

La première grosse molaire ou dent de 6 ans est remarquable chez l'homme en ce qu'elle forme une transition entre la dentition de lait et la dentition permanente.

Dans la bouche d'un homme dont les arcades dentaires sont complètes, cette dent est située au sixième rang, en partant de la ligne médiane, immédiatement après la deuxième petite molaire. La dent de 6 ans est la plus forte des grosses molaires, et celle qui est implantée sur la mâchoire inférieure avec son large plateau de trituration est la plus grosse de toutes les dents.

La dent de 6 ans a un rôle physiologique très important et qui lui est tout à fait spécial.

Elle sert : 1° à la mastication pendant la chute des dents de lait ; 2° comme elle a déjà achevé son évolution avant le commencement du remplacement des dents de lait, comme ce remplacement ne commence habituellement que vers 6 ans, pour se terminer entre 12 ou 13 ans, c'est-à-dire à l'époque où la deuxième grosse molaire achève son éruption, il s'ensuit que la première grosse molaire se trouve placée entre les dents de lait et l'espace qu'occuperont plus tard les molaires postérieures, comme une borne, un obstacle à empêcher, d'une part, la deuxième petite molaire d'empiéter sur la partie postérieure de l'arcade maxillaire, la deuxième grosse molaire d'empiéter sur la partie antérieure de cette arcade ; elle oblige ces dents, à mesure qu'elles accomplissent leur évolution, à distendre et agrandir l'arcade maxillaire.

L'éruption de la dent de 6 ans se fait généralement d'une façon naturelle ; souvent cependant des phénomènes douloureux se font sentir du côté de la mâchoire inférieure, douleurs dues à l'irritation du nerf dentaire, par la difficulté qu'éprouve la dent à percer une muqueuse épaissie. Ces douleurs peuvent s'irradier sur toute la zone du dentaire inférieur.

Ces accidents, d'origine purement mécanique, sont rares.

Bien plus fréquents, au contraire, sont les troubles dus à une cause purement infectieuse.

Nous avons vu, en effet, comment une gingivite en s'aggravant peut produire une stomatite ulcéro-membraneuse. Lorsque cette affection s'est produite, le petit ganglion prémassétérin s'enflamme, devient douloureux, reste tuméfié pendant longtemps et engendre souvent une *adénite scrofulo-tuberculeuse*, et cette adénite peut être le point de départ d'une généralisation aux ganglions sous-maxillaires du même côté. Il peut même arriver que l'infection, au lieu de s'étendre à la gencive seulement, gagne le périoste de la mâchoire et entraîne une contraction du masséter, un *trismus* avec un état général rappelant la cachexie buccale de Chassignac.

Observation V

(Frey. — Th. Paris 1896)

Accident d'éruption de la dent de 6 ans inférieure droite. — Gingivo-stomatite et trismus

En mai 1893, nous est amené à l'hôpital Saint-Antoine, à la consultation du docteur Monod, un jeune garçon de 6 ans 1/2, pâle, amaigri, l'haleine horriblement fétide, un trismus intense l'empêche d'ouvrir la bouche de plus d'un demi-centimètre ; il présente une légère tuméfaction de la face au niveau de la moitié inférieure de la joue droite. Il n'avait aucune dent douloureuse, nous dit la mère, mais depuis cinq à six jours il se plaignait d'un peu de gêne au niveau de la gencive inférieure droite, quand l'avant-veille des douleurs se manifestèrent sur le trajet du dentaire inférieur de ce côté, avec irradiations particulièrement pénibles dans l'oreille.

Nous constatons que toute la face externe du maxillaire inférieur, à droite, est extrêmement sensible au toucher, un

peu plus chaude que la région voisine, que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux ; léger état fébrile.

Vu l'impossibilité d'ouvrir la bouche, nous nous contentons de donner de fréquents lavages à l'eau phéniquée faible avec un irrigateur, la tête penchée en avant ; nous conseillons un peu de sulfate de quinine, des toniques.

Le lendemain, l'état général et local est très notablement amélioré, l'enfant entr'ouvre mieux la bouche, les douleurs ont complètement cessé ; il nous est alors possible de constater l'absence de toute carie au niveau des dents de lait ; pas une dent de 6 ans n'est apparente, sauf en bas, à droite ; on la voit poindre surmontée d'un capuchon violacé, boursouflé, dont l'inflammation s'étend à la gencive et à la peau à ce niveau. Il y a là une gingivo-stomatite très intense ; la douleur qui persiste à la pression sur la face externe de la mâchoire est l'indice de la propagation au périoste de l'inflammation qui s'est étendue de là au masséter, d'où le trismus ; même traitement.

Enfin, le soir, l'amélioration est telle qu'il nous est possible de dégager la dent de 6 ans au galvanocautère et de faire à ce niveau des attouchements à l'eau phéniquée au 50e.

CARIE DENTAIRE

Une des affections les plus fréquentes qui atteignent l'enfant au moment de l'éruption de ses dents de remplacement, c'est la carie des dents.

La dent de 6 ans est celle qui se carie le plus souvent, et des statistiques nombreuses, et en particulier celles d'Andrieu et de Magitot, qui ont porté sur un nombre considérable

d'observations, donnent la proportion respectable de 74 o/o de dents de 6 ans atteintes de carie plus ou moins prononcée.

Cette carie suit souvent une marche rapide, et Magitot lui a donné le nom expressif de *phtisie galopante dentaire.*

Cette affection s'explique admirablement par la constitution même de la dent de 6 ans ; elle est, en effet, d'une fragilité toute particulière, sa densité est inférieure à celle de toutes les autres dents permanentes ; sa constitution histologique et son développement ont démontré qu'elle est une forme de transition, se rapprochant plus des dents de lait que des dents adultes.

Les caries des dents permanentes, des grosses molaires et de la dent de 6 ans en particulier, présentent, eu égard à l'hygiène de la bouche, le même intérêt que nous avons signalé en parlant des pièces de la première dentition ; elles peuvent devenir le point de départ d'accidents septiques : abcès alvéolaires, périostites, fistules mentonnières, adénites.

C'est ici plus que jamais le lieu d'indiquer combien est grande la part qui revient aux lésions dentaires ignorées dans l'*étiologie des adénopathies cervicales persistantes* de l'enfance.

Observation VI

(Frey. — Thèse Paris, 1896)

Suppuration du canal dentaire et fistule mentonnière par altération de la première grosse molaire inférieure droite chez un enfant de 7 ans 1/2

L'enfant Henriette B..., âgée aujourd'hui de 10 ans, a toujours joui d'une excellente santé.

Dans le mois d'octobre 1892, à 7 ans 1/2, l'enfant se plaignit de douleurs dentaires siégeant au niveau de la première grosse molaire inférieure droite dite de 6 ans.

Cette molaire était profondément cariée et l'on propose à sa mère l'extraction. Devant le refus de l'enfant, on n'insiste pas.

Dès le lendemain, la joue était assez considérablement tuméfiée au niveau de la mâchoire inférieure et présentait une grosseur très nette au-dessus et en dedans du bord inférieur du maxillaire au niveau de la canine.

Amenée au dispensaire de Belleville le mercredi, l'enfant fut envoyée à la consultation chirurgicale du samedi. Dans ces trois jours, elle présenta des accidents fébriles, de l'inappétence, de l'insomnie, dues aux douleurs qu'elle ressentait au niveau de la dent malade de la mâchoire inférieure.

Le samedi, l'abcès fut ouvert ; il siégeait sur le bord basilaire du maxillaire, à 2 centimètres environ de la symphise du menton. L'incision, très petite, donna issue à une assez grande quantité de pus ; un drain de caoutchouc fut temporairement placé dans l'incision.

Les douleurs cessèrent, mais il persista une fistule qui donna constamment et quotidiennement issue à quelques gouttes de pus.

Pendant plusieurs mois, la mère fit des pansements, espérant voir se tarir cet écoulement, l'état général de l'enfant étant d'ailleurs très bon.

L'enfant nous fut ramenée en avril 1893. La fistule persistait. Dans l'intervalle, la mère avait fait enlever la canine inférieure droite, en même temps que la première molaire temporaire du côté droit. Devant la persistance de la fistule, on décida de faire un grattage du maxillaire.

L'opération fut faite le 16 avril 1893, l'os se montra très dur, on ne trouva pas de trajet fistuleux.

Malgré le grattage, la fistule persista ; il devenait dès lors

évident qu'elle était entretenue par une périostite dentaire. La deuxième molaire temporaire et la première grosse molaire permanente étaient profondément cariées.

Le jeudi 15 novembre 1894, l'enfant fut endormie, et cette fois, le stylet permit de voir la direction de la fistule, aboutissant à l'alvéole de la première grosse molaire permanente en suivant le canal dentaire.

Cette dent cariée fut enlevée, le trajet fistulaire fut débarrassé de tous les détritus par une injection antiseptique. Le liquide injecté par l'orifice externe venait sortir par l'alvéole vide de la dent de 6 ans.

Le traitement consécutif consista en pansements iodoformés. Une mèche de gaze iodoformée, introduite dans l'orifice externe, arrivait facilement dans la cavité buccale.

La fistule persista encore pendant tout le mois de décembre. Cependant, le 10 janvier 1895, l'écoulement purulent était tari, et la guérison définitivement assurée.

DE LA DENT DE 6 ANS SUPÉRIEURE DANS SES RAPPORTS AVEC LE SINUS MAXILLAIRE

Nous savons, de par l'anatomie, que la dent de 6 ans, implantée par trois racines sur le rebord du maxillaire supérieur, se trouve en rapport, au moins par une de ses racines, avec le sinus de cet os. Il en résulte des relations pathologiques et même thérapeutiques du plus haut intérêt entre la première grosse molaire et la cavité du sinus maxillaire.

Il peut se produire : 1° un kyste qui peut ou non suppurer et s'ouvrir dans le sinus.

2° Un abcès alvéolaire qui s'ouvre dans le sinus.

3° Une sinusite, c'est-à-dire une inflammation de la paroi

du sinus qui peut dégénérer en un abcès de cette paroi, lequel pourra s'ouvrir dans le sinus.

Dans tous les cas, quand le pus, quelle qu'en soit l'origine, a envahi la cavité du sinus, il y a *empyème*.

La production de l'empyème du sinus maxillaire, ayant la dent de 6 ans pour point de départ, peut reconnaître trois causes principales :

1° Complications de la carie.

2° Traumatisme de la première grosse molaire.

3° Pyorrhée alvéolaire.

Nous ne nous étendrons pas sur chacun de ces trois points, ni sur les dangers auxquels on peut s'exposer lorsqu'il y a une collection purulente à l'intérieur d'une cavité osseuse, ce serait entrer dans le domaine de l'art dentaire pur, et sortir, par conséquent, du cadre relativement restreint de notre travail.

Comme on le voit, la dent de 6 ans, plus que toutes les autres dents de remplacement, est à surveiller; sa carie est fréquente et difficilement curable, elle produit des empyèmes et des abcès alvéolaires, elle est en un mot l'agent essentiellement responsable d'un grand nombre de troubles plus ou moins graves, dont nous avons parlé plus haut ; aussi, s'appuyant sur toutes ces considérations, des chirurgiens de Varsovie et de Vienne ont-ils préconisé, en principe, l'extraction de cette dent.

Ils évitent ainsi à l'enfant de nombreux accidents et donnent sur le bourrelet gingival de la place dans le cas de dentition irrégulière, et préviennent enfin la carie de la dent de sagesse.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX

Les accidents généraux ne revêtent point ici la même gravité que dans la première dentition et n'ont point l'importance des affections locales dont nous avons longuement parlé au chapitre précédent.

En effet, l'enfant, ici, n'est plus cette chétive et frêle créature qui pouvait être une proie facile à la moindre infection, au moindre trouble; il a grandi, et ses forces sont devenues suffisamment puissantes pour lutter énergiquement contre les affections dont il pouvait être victime lors de l'évolution de sa première dentition.

En second lieu, le temps qui s'écoule pour l'éruption de toutes les dents permanentes est relativement considérable. Depuis l'âge de 6 ans, en effet, où la première grosse molaire apparaît, en passant par les étapes de 12 et 14 ans, époque de l'apparition des deuxièmes grosses molaires, jusqu'à l'âge de 22 ou 25 ans, époque où se montre la dent de sagesse et se termine enfin l'évolution de la dentition permanente, on ne peut admettre que la moindre fièvre infectieuse, le moindre trouble du côté des appareils respiratoire, circulatoire et digestif puisse reconnaître comme agent provocateur l'évolution de la dentition permanente. Aussi, nous ne parlerons point, dans cette étude, ni des cardiopathies, ni des maladies aiguës ou chroniques des bronches, du poumon et de l'appareil digestif. Nous rendrons responsables de ces maladies la

mauvaise alimentation du malade, la constitution médicale du lieu dans lequel il vit, et les prédispositions héréditaires ou acquises qu'il peut avoir pour engendrer telle ou telle de ces maladies.

Nous ne parlerons que de certaines manifestations cutanées et des troubles nerveux particuliers, qui, à cause de leur fréquence au moment de l'éruption des dents permanentes, de leur persistance tant que dure cette éruption, de leur guérison dès qu'on hâte, par une médication tonique, l'éruption de la dent incriminée, peuvent reconnaître comme principal agent étiologique l'évolution dentaire.

MANIFESTATIONS CUTANÉES

Les sueurs profuses, les sudaminas, les érythèmes circonscrits ou généralisés n'ont point ici la même importance qu'ils revêtent lors de l'éruption des dents de lait. En revanche, l'eczéma impétigineux emprunte des caractères particuliers ; il est discret ou disséminé, mais, au lieu de se montrer exclusivement sur la face et sur la partie antérieure du cuir chevelu, il occupe la nuque et le pourtour des oreilles, produisant ainsi quelquefois des otites suppurées externes.

Observation VII

(Recueillie par M. Blanchard, interne du service de la clinique des maladies des enfants).

Eczéma de la nuque chez une fillette de 7 ans

Marie-Louise Mades, 7 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort de tuberculose.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine à 2 ans.

Maladie actuelle. — Entrée à l'hôpital le 2 novembre 1900. A ce moment elle présentait les signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Ces lésions sont lentes à se résoudre, et l'enfant reste en traitement à l'hôpital.

Vers la fin de février 1901, on constate un peu d'eczéma au-dessous de la lèvre inférieure, on constate en même temps un peu d'engorgement ganglionnaire dans la région sus-hyoïdienne.

A l'examen des dents, on constate, sur la mâchoire supérieure à droite et à gauche, l'évolution de la première grosse molaire ou dent de 6 ans.

Quelques jours après, l'eczéma apparaît au niveau de la nuque, s'étend peu à peu et couvre en peu de jours une surface large comme la paume de la main; la plaie de la lèvre inférieure est guérie.

En même temps que cet eczéma de la nuque, on constate un engorgement des ganglions dans la région du sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche.

L'enfant a été soumise à un régime tonique fortifiant, et l'eczéma semble s'améliorer à mesure que les dents incriminées complètent leur éruption.

ACCIDENTS NERVEUX

Les accidents nerveux de la seconde dentition ne sont ni aussi nombreux ni aussi graves que ceux que l'éruption des dents de lait provoque ; ils se réduisent, ici, à une névrose très particulière, très caractéristique, atteignant l'enfant depuis l'âge de 6 ans jusqu'à 15. Cette névrose c'est la *chorée.*

Certains auteurs, comme Jouffroy et Bouchard, veulent que la chorée soit une névrose de croissance; d'autres, parmi lesquels il faut citer mon éminent maître M. le professeur Baumel, en s'appuyant sur de très nombreuses observations, en font une névrose de dentition. Cette conception permet d'expliquer le début de la maladie par la face (grimaces, tics), sa prédominance unilatérale sous forme hémiplégique, sa durée de 6 semaines à plusieurs mois, ses récidives, enfin, qu'on observe au nombre de trois ou quatre chez le même enfant chaque fois qu'il y a évolution d'un nouveau groupe dentaire.

«La chorée est constituée par des mouvements désordon-»nés, involontaires (grimace, maladresse, difficulté de man-»ger, de respirer même parfois) ; elle peut être totale, c'est-»à-dire s'étendre à tous les muscles striés et volontaires, ou »simplement partielle et localisée à la langue, au pharynx, »au larynx, à la face.

»Cette dernière localisation, la nervosité excessive et la »mobilité des enfants qui en sont atteints les font considérer

»comme espiègles, et punir pour des faits dont on ignore »toutefois la véritable origine, aussi longtemps que l'attention de l'entourage n'est pas fortement attirée de ce côté.

»Les désordres vaso-moteurs de l'encéphale et les troubles »de nutrition qui en résultent pour la cellule cérébrale rendent suffisamment compte, semble-t-il, d'un pareil résultat, »qui, pour être atteint, demande comme toujours, en pareille »matière, un terrain favorable à son développement : alcoolisme et hérédité névropathique et alcoolique.

»Cette névrose, que l'on rattache aujourd'hui volontiers à »un état congestif de la moelle, nous a paru dans tous les cas »liée à l'évolution dentaire.

»Avec un peu plus d'attention, à l'avenir, on sera, nous le »croyons, de notre avis». (Baumel, Leçons cliniques sur la dentition. *Montpellier médical*, 1896).

Observation VIII

(Personnelle et inédite)

Chorée de dentition chez une fillette de 6 ans

Henriette Bosso, italienne, 6 ans. On ne peut rien découvrir d'intéressant sur l'hérédité névropathique ou alcoolique de l'enfant.

Antécédents personnels. — Pas de maladies aiguës, l'enfant n'a jamais eu des rhumatismes.

Maladie actuelle. — Vers la fin de décembre 1900, l'enfant est subitement prise de mouvements choréiques, la face et les membres supérieurs sont en perpétuelle agitation ; ces mouvements s'accentuant de plus en plus, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le 5 février 1901, en effet, elle est admise dans le service de M. le professeur Baumel ; on lui fait occuper le N° 4 de la salle des filles. Le 6 février, à la visite du matin, M. le professeur Baumel constate la généralisation des mouvements choréiques à la face, aux membres supérieurs et inférieurs. Ces mouvements sont tellement intenses que la malade est condamnée à garder le lit, ne pouvant se tenir debout. Elle ne peut non plus se servir de ses bras et on doit l'aider pour manger.

A l'examen de la bouche, on constate des mouvements arythmiques et désordonnés de la langue, et du côté des dents on aperçoit deux incisives médianes inférieures et les deux premières grosses molaires inférieures en train de faire leur éruption en dehors de la gencive.

On prescrit l'alimentation des choréiques: aliments liquides ou semi-liquides, on donne 2 gr. de bromure de potassium par jour avec des toniques : fer, quinquina et phosphate de chaux.

Grâce à cette médication, l'état de la malade s'améliore peu à peu, et, le 14 mars, la malade est tout à fait guérie ; elle mange seule, elle peut aussi marcher; il n'existe plus que quelques légers et très rares mouvements choréiques. L'examen de la bouche, à la même époque, montre que les dents incriminées sont complètement sorties.

Observation IX

(Recueillie dans le service clinique des maladies des enfants de M. le professeur Baumel, par M. Andrieu, aide-clinique)

Chorée chez un enfant de 14 ans

Bosia Emile, 14 ans, vendeur de journaux, entre à l'hôpital suburbain, clinique des maladies des enfants, salle des garçons, N° 1, le 21 décembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père décédé, il y a trois ans, on ne sait de quelle maladie; mère bien portante. Trois frères morts en bas âge. L'aîné de ceux qui restent a 17 ans, le second est le malade actuellement en traitement; le troisième, âgé de 12 ans, a une bronchite chronique, qui a succédé à une broncho-pneumonie contractée à 3 ans. Une sœur enfin, âgée de 5 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — L'enfant est alcoolique; il boit de 1 litre à 1 litre 1/2 de vin par jour ; il boit, en plus, des champoreaux au cognac, à la menthe, au rhum, au kirsch, des punchs et des vins chauds.

Maladie actuelle. — Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant s'était fait une forte entaille à l'index droit. Cet accident l'avait vivement impressionné. Le lendemain du jour de l'accident, étant allé prendre un champoreau avant de se coucher, il ne put dormir de toute la nuit ; il ne cessa de donner des coups de pieds et des coups de poing, involontaires il est vrai, à son frère qui était couché à côté de lui.

A partir de ce moment, la chorée était constituée : chorée à prédominance droite pour la face et les membres.

Etat de la dentition. — Deuxième grosse molaire supérieure droite est en pleine évolution extra-maxillaire et dépasse la gencive de 3 millimètres. La deuxième grosse molaire supérieure gauche est plus avancée que la droite, mais son évolution n'est pas encore terminée, elle n'est pas au niveau de sa voisine. Les deuxièmes grosses molaires inférieures droites et gauches ont à peu près terminé leur évolution.

Dent de 6 ans manque en bas et à gauche, arrachée il y a deux ans par un charlatan ; les autres dents de 6 ans sont très cariées.

22 décembre. — Examen. — Mouvements involontaires très fréquents du bras et de la main droite. La jambe droite remue également, mais beaucoup moins que le bras. On constate aussi des mouvements involontaires des lèvres et des muscles de la face.

On ordonne comme traitement de l'antipyrine, du fer, du quinquina et de l'eau de lactophosphate de chaux. Alimentation des choréiques.

2 janvier 1901. — Le malade, profitant de la sortie qu'on lui a accordée à la faveur du jour de l'an, s'est livré à des excès de boisson et s'est grisé. A la suite de cet écart de régime, les mouvements choréiques deviennent très intenses.

18 janvier. — Légère amélioration.

25 janvier. — Les mouvements choréiformes reprennent leur intensité ; on supprime l'antipyrine et on la remplace par du bromure de potassium.

Depuis, l'amélioration a été de plus en plus sensible, et le 12 mars les mouvements choréiques sont moins fréquents et font espérer une guérison prochaine.

Cette observation montre qu'en dehors de la corrélation qui

existe entre l'évolution dentaire et la chorée, il peut exister aussi une prédisposition spéciale, créée ici par l'alcoolisme.

Telles sont les considérations générales qui président à l'évolution de la dentition, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, et l'esquisse aussi complète que possible des accidents qu'elle peut occasionner.

Sans vouloir empiéter sur le terrain de l'art dentaire pur, on voit qu'il y a des connaissances utiles qu'on ne peut négliger en médecine infantile et des indications dont on peut tirer souvent d'utiles renseignements.

CONCLUSIONS

L'évolution dentaire chez l'homme est soumise à un certain nombre de lois générales, dont la principale est la loi des deux dentitions :

La dentition caduque ou temporaire et la dentition permanente.

L'éruption des dents de lait occasionne chez l'enfant un certain nombre de maladies locales et générales.

Les maladies locales de la première dentition sont généralement bénignes.

Les maladies générales, et en particulier les troubles cérébraux, sont souvent graves et comportent quelquefois un pronostic sérieux.

La seconde dentition, comme la première, occasionne des affections qui peuvent se grouper en affections locales et générales.

Les affections locales, celles surtout qui sont occasionnées par l'éruption des grosses molaires et en particulier de la dent de 6 ans, sont généralement sérieuses.

Quant aux accidents généraux, ils sont bénins, comparativement à ceux occasionnés par l'évolution de la première dentition.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 mars 1901.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 mars 1901
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Andrieu. — La dent de 6 ans (1887).

Baumel. — Leçons cliniques.

Baumel. — Accidents de dentition (*Montp. méd.*, 1894).

Blachez. — Dictionn. encycl. Art. *Dentition* (1882).

Blot. — *Bull. Soc. chir.*, 1868.

Botonne. — Thèse Montp., 1899.

Comby. — *Arch. gén. de médecine*, 1888.

Fleischmann. — *Klin. der paediatrik* (Wien, 1877).

Frey Léon. — Thèse Paris, 1896.

Gibert, Chaumier, Pamard, Charpentier. — *Comptes rendus Acad. de méd.*, 1892.

Grancher. — Maladies de l'enfance.

Levêque. — Thèse Paris, 1881.

Magitot. — *Arch. gén. de médecine*, 1880.

Magitot. — Dictionn. encycl. Art. *Dentition* (1880).

Poinsot. — Accidents de la première dentition (1893).

Trousseau. — *Gazette des hôpitaux*, 1848.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !


24ColorCard CameraTrax.com